

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI ORISTANO**

Marca da bollo
16 euro

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DELLE STP

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____ C.F. _____, legale rappresentante della Società tra
Professionisti denominata _____,
con sede legale in _____ via _____
_____ (indicare se presenti anche le sedi secondarie)
_____,
iscritta al registro delle imprese di _____ al nr. _____
dal _____, avente come oggetto sociale _____

CHIEDE

a codesto Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34, di iscrivere detta società nella Sezione Speciale dell'Albo di Oristano. Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato:

1. atto costitutivo e statuto della società in copia autenticata o nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
2. elenco nominativo:
 - a) dei soci che hanno la rappresentanza;
 - b) dei soci iscritti all'Albo;
 - c) degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
3. certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
4. certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
5. dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34;
6. Ricevuta del versamento "tassa concessione governativa" di 168,00 € sul c/c postale n. 8003 – Codice 8617.

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti, comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio, telefono, indirizzo e-mail e indirizzo PEC.

Data _____

Firma _____

CONSENSO PRIVACY	
Informativa ai sensi art. 13 D.Leg. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016	
In conformità al disposto dell'art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 13.06.2003 si forniscono le seguenti informazioni:	
- i dati forniti saranno trattati, nel rispetto delle idonee misure di sicurezza, per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali di quest'Ordine; - il trattamento sarà effettuato sia manualmente sia con mezzi informatici e telematici; - i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione: dipendenti, consulenti e collaboratori tecnici dell'Ordine, istituti di credito per i doveri d'ufficio, studi professionali medici e odontoiatrici, Enti pubblici e Enti previdenziali.	
Titolare del trattamento:	Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Oristano.
Responsabile:	Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Oristano.
In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016.	

Data _____

Firma _____

Spazio riservato all'Ufficio:

- PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA

Identificato/a con documento di riconoscimento

n.rilasciato da

in data, con scadenza e visto firmare

L'impiegato addetto

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

SOCI PROFESSIONISTI

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____
n. _____ C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____
e-mail _____, PEC _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

- ☐ di essere iscritto all'Albo professionale
dei Medici-Chirurghi ☐ degli Odontoiatri ☐
della Provincia di _____ al n. _____;
- ☐ di non versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non essere socio (professionista, per prestazioni tecniche o per finalità di investimento) di altre società tra professionisti anche di natura multidisciplinare;
- ☐ di non essere stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;
- ☐ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- ☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- ☐ di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- ☐ di avere riportato condanne penali (nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione

condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).

☐ di godere dei diritti civili;

☐ di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

 sottoscritt , altresì, dichiara di non essere mai stato iscritto negli albi professionali di altro Ordine provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale

(diversamente indicare dove e quando) . _____

☐ di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Data Firma

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto*;
- sottoscritta e inviata (all'ufficio competente) per posta, via fax o tramite incaricato allegando la fotocopia non autenticata di un documento di identità.

* La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del: Sig./Sig.ra

(Timbro e firma del funzionario)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – PERSONE FISICHE

SOCI NON PROFESSIONISTI PER FINALITA' DI INVESTIMENTO

SOCI NON PROFESSIONISTI PER PRESTAZIONI TECNICHE

(Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____
n. _____ C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____
e-mail _____, PEC _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

- ☐ di non essere stato cancellato dall'Albo professionale per motivi disciplinari;
- ☐ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- ☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- ☐ di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- ☐ di avere riportato condanne penali (nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).
- ☐ di godere dei diritti civili;
- ☐ di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- ☐ di non versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non partecipare ad altre Società Tra Professionisti;
- ☐ di non aver riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e non è intervenuta riabilitazione;
- ☐ di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione, anche in primo grado, di misure di prevenzione personali o reali di cui al D.Lgs.n. 159 del 2011 (misure personali: foglio di via

obbligatorio, avviso orale, sorveglianza speciale di pubblica sicurezza, obbligo o divieto di soggiorno, temporaneo ritiro del passaporto o sospensione della validità ai fini dell'espatrio di ogni altro documento equipollente; misure reali: confisca, sequestro, cauzione, garanzie reali e quant'altro);

☐ di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Data Firma

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto*;
- sottoscritta e inviata (all'ufficio competente) per posta, via fax o tramite incaricato allegando la fotocopia non autenticata di un documento di identità.

* La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del: Sig./Sig.ra

(Timbro e firma del funzionario)